



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería dirigido a
pacientes adultos con Trastorno Mental Grave y Patología
Orgánica Crónica.

Standardized Nursing Care Plan for adult patients with
Severe Mental Disorder and Chronic Organic Pathology.

Autora

Natalia Arguedas Abad

Tutor

José Manuel Granada López

Universidad de Zaragoza: Facultad de Ciencias de la Salud
2020-2021

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA.....	10
DESARROLLO	13
VALORACIÓN.....	13
DIAGNÓSTICOS.....	18
PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	18
EVALUACIÓN	27
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS	35
ANEXO 1.....	35
ANEXO 2.....	36
ANEXO 3.....	38
ANEXO 4.....	39
ANEXO 5.....	40
ANEXO 6.....	41
ANEXO 7.....	42
ANEXO 8.....	43
ANEXO 9.....	44

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Mental Grave es un tema importante de salud pública, con gran prevalencia en todo el mundo. La definición más aceptada es la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, en 1987 y trata tres dimensiones: diagnóstico, duración de síntomas y tratamiento, presencia de discapacidad. Tienen una menor esperanza de vida principalmente debido al desarrollo de enfermedades orgánicas infradiagnosticadas. Fortalecer la atención primaria y su coordinación con la atención hospitalaria mejoraría la intervención en estos pacientes.

OBJETIVOS

Diseñar un plan de cuidados estandarizados de enfermería de abordaje conjunto entre enfermería familiar y comunitaria y enfermería de salud mental, para pacientes adultos con Trastorno Mental Grave que presenten otras patologías orgánicas crónicas.

METODOLOGÍA

Realización de un plan de cuidados estandarizado mediante búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, libros, guías clínicas y entrevistas cualitativas. Desarrollo del trabajo siguiendo el modelo patrones de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

CONCLUSIONES

El papel de la Atención Primaria en los cuidados del paciente con TMG y otras patologías orgánicas crónicas es de gran importancia, así como una atención de calidad continuada.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Mental Grave, Patología Orgánica Crónica, Comorbilidad, Atención Primaria, Plan de Cuidados Enfermeros.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Serious Mental Disorder is an important public health issue, highly prevalent throughout the world. The most widely accepted definition is that issued by the US National Institute of Mental Health in 1987 and deals with three dimensions: diagnosis, duration of symptoms and treatment, presence of disability. They have a shorter life expectancy mainly due to the development of underdiagnosed organic diseases. Strengthening primary care and its coordination with hospital care would improve intervention in these patients.

OBJETIVES

Design a standardized nursing care plan with a joint approach between family and community nursing and mental health nursing, for adult patients with Severe Mental Disorder who present other chronic organic pathologies.

METHODOLOGY

Preparation of a standardized care plan by means of a bibliographic search in the main databases, books, clinical guides and qualitative interviews. Development of the work following the Marjory Gordon patterns model and the NANDA, NIC and NOC taxonomy.

CONCLUSIONS

The role of Primary Care in the care of patients with SMD and other chronic organic pathologies is of great importance, as well as continuous quality care.

KEYWORDS

Severe Mental Disorder, Chronic Organic Pathology, Comorbidity, Primary Care, Nursing Care Plan.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales Graves son hoy en día un tema importante de salud pública, debido a su elevada prevalencia en todo el mundo y por el sufrimiento, discapacidad y desestructuración que producen en las personas que los padecen y en su entorno más cercano. (1)

Actualmente en España se estima que un 9% de la población padece un trastorno mental y que un 15% lo padecerá a lo largo de su vida. (1)

La definición del Trastorno Mental Grave (TMG) ha ido cambiando desde que tuvo lugar la reforma psiquiátrica hace más de treinta años, y pretende abarcar numerosos criterios como son el diagnóstico clínico, años de evolución de síntomas y tratamiento, deterioro psicosocial... Con el objetivo de elaborar una definición multidimensional e integradora. (2)

Existen autores que proponen el abandono de la clasificación psicopatológica de los trastornos mentales dominada por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a la hora de establecer una correcta definición, ya que carece de utilidad clínica y se centra en una etiqueta que no tiene en cuenta la individualidad y aumenta el estigma. (3)

En 1981 Godman, Gatozzi y Taube establecieron la siguiente definición para el trastorno mental crónico: «personas que sufren trastornos mentales severos y persistentes que interfieren en sus capacidades funcionales de la vida diaria como el autocuidado, las relaciones sociales y el trabajo y que a menudo precisan atención hospitalaria o tratamientos psiquiátricos prolongados». (2)

La definición que actualmente ha alcanzado el mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, en 1987 (NIMH, 1987) y que trata tres dimensiones en su definición: (4)

1. Diagnóstico: a pesar de lo anteriormente mencionado respecto a las etiquetas diagnósticas, es cierto que aportan información útil para una posterior planificación asistencial sanitaria. Actualmente se utiliza la clasificación del DSM-5 o la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE-11). Los principales grupos diagnósticos asociados con el TMG son: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (con presencia de síntomas negativos y positivos), trastorno bipolar y trastornos afectivos mayores y algunos trastornos de la personalidad. En estos últimos existe cierta controversia debido a la dificultad a la hora de su correcta identificación y diagnóstico. (3, 4)

2. Duración de los síntomas y el tratamiento, el cuál debe ser superior a dos años. (4)
3. Presencia de discapacidad: existencia de puntuaciones graves o moderadas en la escala Global Assessment of Functioning (GAF) (Anexo 1), las cuales indican un deterioro importante del funcionamiento social, familiar y laboral de la persona. (3, 4)

Las personas que presentan un TMG tienen niveles más elevados de mortalidad y morbilidad que el resto de la población. (5)

Por ejemplo, en aquellos pacientes que padecen esquizofrenia y a pesar de que el suicidio contribuye a esta elevada mortalidad, las personas con este trastorno tienen una esperanza de vida de 15 a 20 años menos debido a estilos de vida poco saludables y por consiguiente el desarrollo de diferentes patologías orgánicas. (5, 6)

La US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) de 2001–2003, encuesta epidemiológica, reveló que la comorbilidad que existe entre enfermedades orgánicas y mentales es la regla y no la excepción. Existe hoy en día una creciente evidencia de que ciertas enfermedades físicas como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis C, hipertensión, obesidad, infarto de miocardio, función pulmonar deteriorada, etc. En estos pacientes, la enfermedad física puede empeorar los síntomas psiquiátricos y viceversa. (7)

Su infradiagnóstico es frecuente, siendo un factor de riesgo reconocido para mortalidad precoz en población con TMG. (8)

En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, los pacientes con TMG presentan un riesgo de mortalidad de un 30% a un 40% en comparación con el 10-15% de la población general. Existen diversas maneras de explicar esta diferencia, pero por lo general estas personas tienden a no recibir atención médica adecuada y también a descuidar la presencia de síntomas cardiovasculares (presíncope, dolor torácico, palpitaciones, etc.). (9)

Un estudio realizado en 2020 en Rumanía, cuyo objetivo fue medir el impacto de los factores de riesgo cardiovasculares clásicos y la puntuación Framingham para ver el riesgo de mortalidad por estas enfermedades a 10 años en pacientes con TMG, obtuvo como resultado que estos pacientes presentaban un riesgo elevado de muerte en relación a enfermedades cardiovasculares que el grupo de control. (10)

Además, las personas que padecen de un TMG como la esquizofrenia o el trastorno bipolar y que padecen diabetes, presentan un mayor riesgo de muerte debido a la diabetes que aquellos pacientes sin un trastorno mental. (11)

La pandemia del COVID-19 también ha tenido su impacto en pacientes con TMG, el confinamiento ha tenido como resultado un empeoramiento de los síntomas psiquiátricos y físicos. Además de tener más dificultades a la hora de manejar el estrés, se ha reducido su seguimiento por parte de atención primaria y otros recursos sociales, debido a la recomendación de evitar su uso y de permanecer en casa lo máximo posible, salvo en casos de emergencias. (12)

A pesar de los avances de hoy en día en ciencias de la salud, el estigma hacia los trastornos mentales es un problema que continúa creciendo. En lo que respecta a los TMG son vistos con prejuicio y desconocimiento tanto de sus síntomas y opciones de tratamiento. (13)

El autoestigma, que se define como la aceptación e interiorización de las creencias estigmatizadas que tiene la sociedad, tiene un gran impacto negativo en la recuperación de los pacientes con trastornos mentales. Esto

es debido a que se asocia con sentimientos depresivos, de desesperanza, aislamiento social y el uso de estrategias de afrontamiento evasivas. (14)

Fortalecer la atención primaria y su coordinación con la atención hospitalaria mejoraría la intervención en pacientes con TMG y comorbilidad con otras patologías orgánicas. (15) Son numerosas las ocasiones en las que carecen de información y estrategias a la hora de organizar su tiempo y concertar citas médicas. (6)

Existe una oportunidad desaprovechada para desarrollar nuevos enfoques que involucren a la atención primaria en el tratamiento de tanto su patología psiquiátrica como física. (16) Además, post-pandemia COVID-19, es más importante que nunca elaborar estrategias de intervención temprana. (17)

El exceso de mortalidad que tienen asociada los pacientes con TMG es potencialmente prevenible a través de los cuidados de salud oportunos y de calidad. El cuidado adecuado de la diabetes es crucial en personas con TMG (11).

El papel de la enfermería familiar y comunitaria facilita la continuidad de cuidados en estos pacientes y previene la aparición de otros trastornos mentales o físicos. (18)

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- Elaborar un plan de cuidados estandarizados de enfermería de abordaje conjunto entre enfermería familiar y comunitaria y enfermería de salud mental, para pacientes adultos con TMG que presenten otras patologías orgánicas crónicas.

ESPECÍFICOS

- Mejorar el trabajo colaborativo entre atención primaria y atención especializada de salud mental.
- Favorecer la realización de una valoración de enfermería conjunta.
- Identificar los principales diagnósticos a abordar en estos pacientes.
- Plantear y llevar a cabo actividades e intervenciones que mejoren el bienestar de los pacientes.

METODOLOGÍA

Este proyecto consiste en la realización de un plan de cuidados estandarizado para pacientes adultos con TMG que presenten comorbilidad con otras patologías crónicas. Respecto al ámbito de aplicación, se dirige primordialmente al abordaje y seguimiento conjunto por parte de enfermería familiar y comunitaria y enfermería de salud mental.

La realización de este trabajo ha tenido lugar en un periodo comprendido entre los meses de noviembre de 2020 y mayo de 2021, para el que se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos y páginas webs. (Tabla 1)

Además de esta búsqueda, se han utilizado otras fuentes de información. Así, para la elaboración del plan de cuidados, se han utilizado los once patrones funcionales de Marjory Gordon (Anexo 2) en la valoración enfermera. Para la búsqueda de instrumentos y escalas de valoración se ha consultado la página web Cibersam, el Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. <https://bi.cibersam.es/>

Se ha empleado como recurso de búsqueda de diagnósticos enfermeros NANDA, resultados (NOC) e intervenciones (NIC), la página NNNconsult.

Además, se ha utilizado el libro "Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental: Identificación, desarrollo y aplicación", del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), cuya autoría son enfermeras especialistas en Salud Mental, la Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón de 2003 y el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Aragón.

También ha resultado de gran importancia para recoger información, además de ser fuente de orientación y motivación, el módulo 2º del practicum comprendido entre los meses de noviembre de 2020 y enero de 2021 que tuvo lugar en el pabellón de subagudos, San Juan de Dios, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Nuestra Señora del Pilar. Allí se realizaron

diversas entrevistas cualitativas con pacientes y enfermeras especialistas en Salud Mental.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOLEANOS	FILTROS EMPLEADOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PUBMED	"Severe mental disorder" AND "stigma" AND "Spain"	Published in the last 5 years. Free full text.	33	3
	"Severe mental disorder" AND "COVID-19" AND "Spain"	Published in the last 5 years. Free full text. Humans. Middle Aged + Aged: 45+ years.	48	1
	"Schizophrenia" AND "multimorbidity"	Published in the last 5 years. Free full text. Humans. Middle Aged + Aged: 45+ years.	8	2

	"Severe mental disorder" AND "Primary care" AND "Spain"	Published in the last 5 years. Free full text. Humans. Middle Aged + Aged: 45+ years.	137	2
WEBS OF SCIENCE	"Schizophrenia" AND "Mortality"	2019 - 2021. Open Access.	407	4
CUIDEN	Trastorno mental grave	2016-2021. Texto completo.	218	2
SCIENCE DIRECT	"Esquizofrenia crónica" AND "Atención Primaria"	Published in the last 5 years	68	4

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

DESARROLLO

El desarrollo de este trabajo va a consistir en la realización de un plan de cuidados estandarizado de enfermería para pacientes adultos con TMG que además tienen otras patologías orgánicas y que este plan de cuidados pueda ser fácilmente empleado tanto por enfermeras especialistas en salud mental como enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria o cualquier otro ámbito asistencial.

VALORACIÓN

En primer lugar, es necesario realizar una valoración enfermera sistemática del estado del paciente, para la cual vamos a emplear los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Su utilización permite obtener gran cantidad de datos sobre el paciente a nivel físico, social y de su entorno de una manera ordenada. (19)

Además, se adaptan muy bien en el ámbito de la atención comunitaria de enfermería. (20)

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud	<p>Los pacientes con TMG se caracterizan por tener dificultad de conciencia del trastorno mental que padecen. Tienen una percepción negativa de si mismos, acompañado de sentimientos de inferioridad.</p> <p>En cuanto a hábitos tóxicos, prevalece el tabaquismo, sobretodo en pacientes con esquizofrenia. (21)</p> <p>Con respecto al tratamiento farmacológico es común que no conozcan con exactitud que medicamentos toman y cuál es su utilidad. De</p>
--	---

	<p>ahí la importancia de un correcto seguimiento y educación respecto a su tratamiento.</p> <p>Para valorar la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica se usará la Escala DAI-10 (Anexo 3)</p> <p>La higiene personal se ve deteriorada en muchas ocasiones debido a la falta de motivación, desconocimiento general...</p>
Patrón 2: Nutricional-Metabólico	<p>El sedentarismo y la mala alimentación son los principales factores modificables responsables de la elevada morbimortalidad que presentan estos pacientes. (22)</p> <p>Existe una falta de conocimientos sobre hábitos alimentarios saludables, hidratación adecuada, sensación de falta de independencia a la hora de cocinar...</p> <p>En momentos de angustia y ansiedad pueden tender a darse atracones con el objetivo de disminuir esas sensaciones negativas. Además, estos suelen ser de elevado índice calórico lo que lleva a padecer sobrepeso u obesidad.</p> <p>También puede tener lugar una ingesta insuficiente de alimentos llevando a una elevada pérdida de peso, sobretudo en pacientes en estado depresivo, o en fase maniaca del trastorno bipolar ya que debido a la hiperactividad se pueden incluso llegar a olvidar de comer.</p>

	<p>Los pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo hasta cuatro veces mayor de padecer Síndrome Metabólico. (22)</p> <p>A esto se suma el tratamiento con fármacos antipsicóticos, el cuál aumenta la tasa de complicaciones metabólicas y riesgo a padecer diabetes. (23)</p>
Patrón 3: Eliminación	<p>No tiene por qué verse alterado generalmente. La alteración de este patrón suele ser generado por el tratamiento farmacológico, la falta de ejercicio físico y una alimentación equilibrada, causando estreñimiento ocasional.</p>
Patrón 4: Actividad-ejercicio	<p>El paciente adulto con TMG es mayoritariamente independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).</p> <p>Predomina el estilo de vida sedentario debido sobretodo a la falta de motivación, conocimientos, baja autoestima, aislamiento social...</p>
Patrón 5: Sueño-descanso	<p>Alteraciones del ciclo vigilia-sueño (insomnio o hipersomnía).</p> <p>Por ejemplo, en el caso del Trastorno Bipolar tipo I en los episodios maníacos disminuye la necesidad de dormir.</p>
Patrón 6: Cognitivo-perceptual.	<p>Es este patrón se puede ver alterado de distintas maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de contacto con la realidad externa e interna • Alteraciones del pensamiento (ideas delirantes, bloqueo del pensamiento, pensamiento enlentecido, ideas

	<p>pesimistas y de culpabilidad, ideación suicida...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones a nivel sensorial-perceptivo (alucinaciones) • Alteraciones afectivas (emociones desadaptativas, ambivalencia afectiva, cambios de humor, anhedonia...) • Alteraciones psicomotrices (inhibición, catatonia, agitación...) • Pérdida de concentración, de la atención...
<p>Patrón 7: Autopercepción</p>	<p>Sensación de falta de control interno en su vida diaria a la hora de realizar actividades cotidianas (21)</p> <p>Cuestionario de creencias personales (PBIQ) el cual valora la percepción individual sobre la enfermedad psiquiátrica en 5 dominios: control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social. (Anexo 4)</p> <p>Sentimientos de inferioridad, soledad, rechazo de su propia imagen, baja autoestima, delirios autorreferenciales...</p>
<p>Patrón 8: Rol-relaciones</p>	<p>El funcionamiento social, la capacidad de relacionarse y participar en actividades compartidas se encuentra deteriorado. (22)</p> <p>La estigmatización que sufren las personas con TMG influye negativamente a la hora de encontrar trabajo, una vivienda, mantener relaciones sociales... lo cual dificulta enormemente una reinserción real en la comunidad. (24)</p>

	<p>Las personas con TMG son más propicias a encontrarse en una situación de desempleo, además de tener más problemas a la hora de mantener un puesto trabajo. Esto es debido a que son más vulnerables a riesgos psicosociales y la convivencia con prejuicios y el estigma. (25)</p>
<p>Patrón 9: Sexualidad-reproducción</p>	<p>Existe una conexión entre estados emocionales negativos, apego inseguro y el estigma sexual de los trastornos mentales y una tasa baja de experiencias sexuales y románticas en estos pacientes. (26)</p> <p>En otros casos pueden tener lugar conductas sexuales desinhibidas y de riesgo, y la existencia de falta de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos.</p> <p>Se estima que existe gran prevalencia de trastornos sexuales, entre ellos una disminución de la libido, tanto en hombres como en mujeres tratados con psicofármacos. (27)</p>
<p>Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés</p>	<p>Respuesta inadecuada a estrés y situaciones adversas, predominando la tendencia aislamiento social y los hábitos tóxicos como manera de afrontamiento.</p>
<p>Patrón 11: Valores-creencias</p>	<p>Este patrón no tiene porque verse alterado generalmente.</p> <p>Sin embargo, la religión si que puede ser en alguna ocasión objeto de ideación delirante y que esto conlleve problemas a la hora de seguir el tratamiento.</p>

DIAGNÓSTICOS

Tras la búsqueda bibliográfica y realizar la valoración enfermera en estos pacientes, se seleccionan los diagnósticos de enfermería que aparecen en la tabla 2.

DIAGNÓSTICO	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	Conciencia parcial de enfermedad, percepción disminuida de riesgo para la salud	Información u observación de incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar algunas o todas las conductas de salud
00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	Ingesta excesiva de nutrientes en relación a las necesidades	Peso corporal superior al ideal
00120 Baja autoestima situacional	Sentimientos de haber fallado, de ser rechazado o no ser suficientemente reconocido o recompensado.	La persona expresa verbalmente una evaluación negativa de si misma, sentimientos de desesperanza e inutilidad y su conducta es indecisa.
00052 Deterioro de la interacción social	Alteración del autoconcepto.	Verbalización u observación de malestar en situaciones sociales.

Tabla 2. Diagnósticos seleccionados.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

Ya seleccionados los principales diagnósticos se pasará a la fase de planificación, en la que se plantearán distintos resultados (NOC) y se establecerán intervenciones (NIC) para posteriormente, en la fase de ejecución, ponerlas en marcha mediante las actividades.

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c Conciencia parcial de enfermedad, percepción disminuida de riesgo para la salud m/p Información u observación de incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar algunas o todas las conductas de salud.

La selección de este diagnóstico tiene como objetivo que el paciente desarrolle la capacidad para identificar y llevar a cabo las actividades necesarias para mantener su salud y mejorar sus propios cuidados.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza Convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas en el estilo de vida.</p> <p><u>Indicadores</u> ESCALA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy débil (1) • Débil (2) • Moderado (3) • Intenso (4) • Muy intenso (5) <p>[170401] Percepción de amenaza para la salud. [170405] Preocupación sobre posibles complicaciones. [170409] Percepción de que el trastorno puede ser de larga duración. [170410] Impacto percibido sobre el estilo de vida actual.</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p>

Actividades

En un primer contacto con el paciente, resultará de gran importancia valorar qué conocimientos tiene acerca de las enfermedades que padece, tanto mentales como físicas, para así proporcionar información adecuada sobre aquellos cuidados que desconozca o que pueda mejorar.

Se le ayudará a identificar cuáles son los síntomas prodrómicos más habituales que se producen antes de sus desestabilizaciones y qué estrategias llevar a cabo ante la situación. (Anexo 5).

También se animará a la persona a expresar sus sentimientos, miedos y percepciones acerca de su estado de salud y como afecta a su vida diaria, siempre evitando que se sienta presionada, utilizando la escucha activa. Se le apoyará a identificar cuáles son sus puntos fuertes y débiles.

Se preguntará acerca de su círculo social, si tiene familia y cómo es su relación con ella, para si fuese posible animar a la implicación de la misma como fuente de apoyo.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1603 Conducta de búsqueda de la salud Acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.</p> <p><u>Indicadores</u> ESCALA. Demostrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1) • Raramente (2) • A veces (3) • Frecuentemente (4) • Siempre (5) <p>[160304] Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario. [160305] Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia [160306] Describe estrategias para eliminar la conducta insana. [160307] Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para eliminar la conducta insana. [160308] Realiza la conducta sanitaria prescrita.</p>	<p>5250 Apoyo en la toma de decisiones Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.</p> <p>5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p>

Actividades

En un primer lugar, se debe consultar al paciente respecto a los recursos sanitarios que utiliza y conoce. Tanto si se encuentra en consulta de atención primaria, atención especializada de salud mental u hospitalización se debe servir de enlace entre el paciente y otros profesionales, proporcionando información sobre los recursos sanitarios disponibles.

Se ayudará al paciente a aclarar información respecto a los objetivos de sus cuidados, siempre respetando el derecho del paciente a recibirla o no. También se aclarará los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales en su día a día.

En cuanto al tratamiento farmacológico que sigue el paciente, es muy importante conocer el grado de adherencia terapéutica, ya que mide la efectividad y seguridad de los medicamentos prescritos. También hay que tener en cuenta de que esta puede variar con el tiempo, por lo sería lo indicado valorarla desde la consulta de atención primaria cada cierto tiempo.
(28)

Se utilizará la escala DAI-10 (Anexo 3) para valorar la respuesta subjetiva del paciente a los fármacos que toma y revisaremos los conocimientos que

tiene el paciente acerca de su administración, efectos adversos, consecuencias de no tomarlos o suspenderlos bruscamente... proporcionando toda la información que sea necesaria al respecto.

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
r/c ingesta excesiva de nutrientes en relación a las necesidades m/p peso corporal superior al ideal.

Con este diagnóstico se busca que el paciente aprenda a manejar la dieta/nutrición y mejore su nivel de actividad física alcanzando un peso corporal adecuado.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1627 Conducta de pérdida de peso Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicios y modificación de la conducta.</p> <p><u>Indicadores</u> ESCALA. Demostrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1) • Raramente (2) • A veces (3) • Frecuentemente (4) • Siempre (5) <p>[162703] Se compromete con un plan para comer de forma saludable. [162702] Selecciona un peso diana saludable. [162705] Controla la ración de alimentos. [162706] Establece una rutina de ejercicio. [162709] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. [162710] Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. [162711] Planea situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. [162712] Utiliza estrategias de modificación de conducta. [162722] Controla el peso corporal.</p>	<p>5246 Asesoramiento nutricional. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>0200 Fomento del ejercicio Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p> <p>4420 Acuerdo con el paciente Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico</p>

Actividades

Inicialmente, se establecerá una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto ya que resultará esencial a la hora de conseguir los objetivos deseados.

Se preguntará al paciente acerca de sus hábitos alimentarios, dónde compra la comida normalmente... se puede proponer en una primera consulta la

realización de un registro diario de alimentos (Anexo 6) para facilitar la identificación de aquello que podemos mejorar en próximas visitas.

También se indagará sobre el significado que tiene la comida para el paciente, si tiene algún valor emocional (come cuando está angustiado, ansioso, depresivo...)

En cuanto al ejercicio físico, se valorarán las ideas del paciente acerca del mismo y se le informará acerca de sus beneficios, tanto a nivel físico como mental.

Es importante integrar el programa de ejercicios a su rutina diaria, teniendo en cuenta a su familia, amigos, cuidadores... a la hora de planificarlo y controlar su cumplimiento. No debe ser considerado como una obligación sino como algo deseado y beneficioso para la salud. (22)

Desde la consulta de atención primaria se debe educar al paciente sobre hábitos de alimentación y vida saludable, ya que enriquecen los cuidados de los pacientes con TMG, y también aumentando la frecuencia de las visitas a consulta. (29)

Se reforzará positivamente el esfuerzo del paciente y se establecerán metas a corto plazo.

00120 Baja autoestima situacional r/c sentimientos de haber fallado, de ser rechazado o no ser suficientemente reconocido o recompensado m/p la persona expresa verbalmente una evaluación negativa de si misma, sentimientos de desesperanza e inutilidad y su conducta es indecisa

La mayoría de los pacientes con TMG tienen dificultades a la hora de mantener su autoestima. Estas creencias interfieren en su calidad de vida.

El objetivo es que la persona pueda afrontar aquello que causa la baja autoestima y vuelva a sentirse útil, válido y con confianza.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1302 Afrontamiento de problemas. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores. ESCALA. Demostrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1) • Raramente (2) • A veces (3) • Frecuentemente (4) • Siempre (5) <p>[130210] Adopta conductas para reducir el estrés. [130213] Evita situaciones excesivamente estresantes. [130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. [130223] Obtiene ayuda de un profesional sanitario. [130205] Verbaliza aceptación de la situación. [130214] Verbaliza la necesidad de asistencia</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo. Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</p>

Actividades

El papel desde enfermería es ayudar al paciente a identificar y reconocer los sentimientos y pensamientos habituales que tiene de si mismo. Se le explicará cuál es el impacto que ejerce su enfermedad sobre su auto percepción.

Se ayudará al paciente a identificar, ser consciente, reexaminar las percepciones negativas que tiene de si mismo y a reconocer las conductas que puedan ser autodestructivas.

Ante situaciones de estrés ayudaremos al paciente a desarrollar una valoración objetiva de la situación, discutiendo las diferentes respuestas ante la misma y evaluaremos su capacidad de toma de decisiones. Si el paciente se encuentra bajo demasiado estrés se le aconsejará no tomar decisiones, fomentando el apoyo por parte de su círculo social.

NOC/INDICADORES	NIC
<p><u>1205 Autoestima</u> Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p><u>Indicadores.</u> ESCALA. Positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1) • Raramente (2) • A veces (3) • Frecuentemente (4) • Siempre (5) <p>[120502] Aceptación de las propias limitaciones. [120504] Mantenimiento del contacto ocular. [120506] Respeto por los demás. [120509] Mantenimiento del cuidado/higiene personal. [120514] Aceptación de críticas constructivas. [120519] Sentimientos sobre su propia persona.</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p>

Actividades

Es importante trabajar con el paciente los pensamientos autoestigmatizantes, ya que son la principal razón de su baja autoestima y afectan significativamente a su calidad de vida. Al internalizar el estigma suelen adquirir respuestas de afrontamiento pasivas limitando sus oportunidades.
(30)

Se animará al paciente a la hora de establecer sus propios objetivos, realizando afirmaciones positivas, ayudándole a aceptar la dependencia de otros si es el caso y reforzando positivamente su progreso.

NOC/INDICADORES	NIC
<p><u>1502 Habilidades de interacción social</u> Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p><u>Indicadores.</u> ESCALA. Demostrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1) • Raramente (2) • A veces (3) • Frecuentemente (4) • Siempre (5) <p>[150203] Cooperación con los demás. [150204] Muestra sensibilidad con los demás. 150205] Uso de la asertividad si procede. [150207] Muestra consideración. [150209] Muestra calidez. [150210] Muestra estabilidad. [150212] Se relaciona con los demás. [150216] Utiliza formas y/o métodos de resolución de conflictos.</p>	<p>5100 Potenciación de la socialización. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</p>

Actividades

Se trabajará con el paciente el desarrollo de la resiliencia, que se refiere a su capacidad de afrontar los síntomas psiquiátricos y el estigma, por lo tanto es un factor que aumentado facilita la reintegración en la sociedad. (30)

Se le animará a desarrollar nuevas relaciones mediante planes de ocio y tiempo libre, participación en actividades formativas y laborales, centro de día... ya que favorecen el desarrollo de su autoestima.

00052 Deterioro de la interacción social r/c alteración del autoconcepto m/p verbalización u observación de malestar en situaciones sociales.

Se seleccionará este diagnóstico cuando se valore que el paciente necesita mejorar sus capacidades y técnicas sociales. Se pretende conseguir un equilibrio entre la sensación de soledad y la interacción social.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1604 Participación en actividades de ocio. Uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.</p> <p><u>Indicadores.</u> ESCALA. Demostrado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nunca (1)• Raramente (2)• A veces (3)• Frecuentemente (4)• Siempre (5) <p>[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio [160403] Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas. [160413] Disfruta de actividades de ocio. [160407] Identificación de opciones recreativas.</p>	<p>5360 Terapia de entretenimiento. Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.</p> <p>[5820] Disminución de la ansiedad. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p>

Actividades

Sé ayudará al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades de ocio, a centrarse más en lo que puede hacer que en los déficits y determinaremos el compromiso del paciente a la hora de iniciar/aumentar las mismas.

Se remitirá a los terapeutas ocupacionales, físicos y/o recreacionales, centros comunitarios... para la planificación y control de un programa de actividades.

La principal causa por la que los pacientes con TMG se suelen encontrar en situación de aislamiento social es por el miedo a sentirse juzgados o rechazados. Por lo tanto, desde el nuestro papel de enfermería se intentará ayudarle a disminuir esa sensación de ansiedad, por ejemplo, mediante Terapia de Exposición, permaneciendo con el paciente para promover la seguridad.

NOC/INDICADORES	NIC
<p>1504 Soporte social. Disponibilidad percibida y provisión real de ayuda fiable de los demás.</p> <p>Indicadores. ESCALA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado (1) • Ligeramente adecuado (2) • Moderadamente adecuado (3) • Sustancialmente adecuado (4) • Completamente adecuado (5) <p>[150401] Refiere ayuda económica de otras personas. [150406] Refiere relaciones de confianza. [150407] Refiere la existencia de personas que puedan ayudarle cuándo lo necesita. [150408] Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas. [150411] Refiere una red social estable.</p>	<p>7100 Estimulación de la integridad familiar. Favorecer la cohesión y unidad familiar.</p> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad</p>

Actividades

La percepción que tiene el paciente acerca del apoyo social es de gran importancia, aunque se incrementen las habilidades sociales, si su percepción al respecto no se modifica, pueden no verse mejoras en su calidad de vida.
(31)

Para evaluar de dónde provienen los sistemas de apoyo y la percepción de estos por parte del paciente, se utilizará la escala Escala Multidimensional de Apoyo Percibido (EMAS). (Anexo 7)

El papel de la familia tiene gran importancia en los cuidados del paciente con TMG. Se puede proponer realizar consultas de apoyo y asesoramiento donde

se escuche a la familia, se pueda determinar el grado de comprensión sobre las causas de la enfermedad y se proporcione apoyo emocional.

También es importante identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas y colaborar en la búsqueda de soluciones, dando pautas para ayudar al paciente en su recuperación, aceptación de la enfermedad...

Además, existen asociaciones y entidades a las que se puede remitir al paciente y que pueden ayudar en su rehabilitación e integración social. Por ejemplo, en Zaragoza se cuenta, entre otras, con La Asociación Aragonesa Pro Salud mental (ASAPME) (Anexo 8).

EVALUACIÓN

Para valorar la evolución del paciente se realizarán una serie de cuestionarios y escalas. Algunas de ellas se realizarán pre intervención.

En un primer lugar, se medirán los indicadores escogidos para cada objetivo (NOC) mediante escalas tipo Likert.

Para la evaluación completa del estado y las necesidades del paciente con TMG se utilizará la Escala de Valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). Se trata de una escala multidimensional que evalúa diferentes niveles de necesidad de atención en 6 subescalas. (32)

Mediante un Cuestionario de autoestigma se evaluará el estigma percibido en los pacientes, así como su relación con el funcionamiento social. (Anexo 9).

Se debe observar que el paciente participa activamente a la hora de conseguir objetivos que mejoren su bienestar general. Además, conseguir que el paciente aumente la conciencia de enfermedad favorecerá la adhesión al tratamiento.

Una vez aplicado esta planificación de cuidados, la enfermera presentará al resto de profesionales que vayan a tratar al paciente la denominada Agenda Terapéutica, que servirá para formalizar un proceso de rehabilitación, obtener consentimiento del paciente o cuidador y poder evaluar al paciente de manera periódica el cumplimiento de las actividades y sus resultados. (33)

CONCLUSIONES

Es necesario revisar la efectividad alcanzada cuando se ponga en marcha el Plan de Cuidados.

Si se consigue una evaluación positiva su puesta en práctica, que recogerá la satisfacción por parte del paciente y del profesional de enfermería y tras un proceso de validación clínica y teórico, se registrará en un formato adecuado para su publicación en bases de datos, páginas web de hospital...

También se puede difundir en eventos profesionales como jornadas o congresos, e incorporarlo como curso de formación a profesionales, en la plataforma de autoformación o teleformación del Servicio Aragonés de Salud.

En el caso de no conseguir los resultados esperados tras su aplicación, habrá que revisar el diseño del Plan de Cuidados, realizar una investigación bibliográfica más exhaustiva, considerar la elección de otros diagnósticos, abarcar cada TMG de forma individual, aumentar el *feedback* entre profesionales, etc., para corregir las deficiencias identificadas y volver a realizar un pilotaje del mismo.

Como conclusión final, hay que destacar la gran importancia del papel de Atención Primaria a la hora de tratar a los pacientes con TMG, ya que son el primer eslabón para la prevención, tratamiento, seguimiento y derivación del propio trastorno mental o patología orgánica que pueda desarrollar.

Una atención de calidad continuada en estos pacientes, que pueda estar basada en guías de cuidados oficiales, significará un aumento exponencial de su calidad de vida, tanto a nivel físico como mental. Por esta razón es necesario formación continúa en el personal sanitario, comenzando desde la Universidad, para aumentar los conocimientos generales en Salud Mental y mejorar la efectividad de los cuidados enfermeros y las intervenciones en estos pacientes, la detección del TMG y el trabajo colaborativo con atención especializada en las unidades de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eva A, Caballero U, Guerrero GR, José M, et al. PARANINFO DIGITAL. [citado 24 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/187.php>
2. Navarro D, Carrasco O. Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: Un estudio descriptivo. *Rehabil Psicosoc.* 2010;7(1-2):11-25.
3. Espinosa López R, Valiente Ots C. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé* [Internet]. 2017;16(1):4-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428605%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7428605.pdf>
4. IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave [Internet]. 2007 [citado 28 de febrero de 2021]. 154 p. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21011alzheimer.pdf>
5. Perez-Cruzado D, Cuesta-Vargas AI, Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F. The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2 de mayo de 2018 [citado 24 de febrero de 2021];16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29720196/>
6. Nørgaard HCB, Schou Pedersen H, Fenger-Grøn M, Vestergaard M, Nordentoft M, Laursen TM, et al. Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2019 [citado 24 de febrero de 2021];37(3):358-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299863/>
7. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: A systematic literature review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 3 de enero de 2017 [citado 24 de febrero de 2021];17(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28049441/>
8. Rodríguez-Leal CM, López-Lunar E, Carrascosa-Bernáldez JM, Rivera-Villaverde A. Infradiagnóstico de enfermedades crónicas somáticas en

pacientes con trastorno mental grave [Internet]. Vol. 217, Revista Clinica Espanola. 2017 [citado 23 de febrero de 2021]. p. 172-3. Disponible en: www.elsevier.es/rce

9. Polcwiartek C, Atwater BD, Kragholm K, Friedman DJ, Barcella CA, Attar R, et al. Association Between ECG Abnormalities and Fatal Cardiovascular Disease Among Patients With and Without Severe Mental Illness. *J Am Heart Assoc.* 2021;10(2):e019416.
10. Radu G, Bordejevic AD, Buda V, Tomescu MC, Dragan I, Dehelean L, et al. Cardiovascular risk factors for different types of psychiatric pathologies. A correlative study. *Farmacía* [Internet]. 2020 [citado 23 de febrero de 2021];68(5):835-42. Disponible en: <https://doi.org/10.31925/farmacía.2020.5.9>
11. Stockbridge EL, Webb NJ, Dhakal E, Garg M, Loethen AD, Miller TL, et al. Antipsychotic medication adherence and preventive diabetes screening in Medicaid enrollees with serious mental illness: an analysis of real-world administrative data. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1-16.
12. Solé B, Verdolini N, Amoretti S, Montejo L, Rosa A, Hogg B, et al. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *J Affect Disord.* 2021;281(November 2020):13-23.
13. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quiros-García JM, Solano-Ruiz M del C, Gómez-Salgado J. Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated factors: A mixed-methods study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 24 de febrero de 2021];16(23). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31816966/>
14. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018 [citado 24 de febrero de 2021];46(2):33-41. Disponible en: www.R-project.org/
15. Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y

un reto para los sistemas sanitarios [Internet]. Vol. 217, Revista Clínica Española. 2017 [citado 23 de febrero de 2021]. p. 229-37. Disponible en: www.elsevier.es/rce

16. Davidsen AS, Davidsen J, Jønsson ABR, Nielsen MH, Kjellberg PK, Reventlow S. Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2020 [citado 23 de febrero de 2021];14(1):87. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00419-x>
17. González-Blanco L, Dal Santo F, García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, Moya Lacasa C, Paniagua G, et al. COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls? *Schizophr Res* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 24 de febrero de 2021];223:192-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32771308/>
18. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 1 de mayo de 2018;50:83-108.
19. Capítulo 4: Metodología aplicable a las normas NE IG. En p. 104-12.
20. Femeba F, Luis J, Suarez Á. Manual de valoración de patrones. En: *Manual De Valoración De Patrones Funcionales*. 2010. p. 1-26.
21. Jiménez-muro A, Sáez L. Calidad de vida en pacientes españoles con trastorno mental grave 1. 2019;12(2):40-52.
22. Camacho Alcántara J. FSJ. Abordaje psicoeducativo de la enfermera especialista en salud mental en pacientes con esquizofrenia para aumentar la adherencia a dieta mediterránea y actividad física. *Bibl Lascasas* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11358>
23. García-Fernández V, Garrido-Elustondo S, López-Rodríguez JA, del Cura-González I, Sarría-Santamera A. Incidence of diabetes in patients treated with antipsychotics in primary care. Vol. 32, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 588-9.
24. Chang Paredes N, Ribot Reyes, Victoria de la Caridad Pérez Fernández

- V. Influencia Del Estigma Social En La Rehabilitación Y Reinserción Social De Personas Esquizofrénicas. *Rev Habanera Ciencias Medicas* [Internet]. 2018;6(5):1-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
25. Ballesteros F, Vaquero C, Vitutia M, Molinero C, Larios M, Delgado V, et al. Análisis de la Percepción de Riesgos Psicosociales en Personas con Trastorno Mental Grave en el Contexto Laboral. *Clínica Contemp* [Internet]. 2019 [citado 30 de marzo de 2021];10(2):1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/cc2019a11>
26. Scanavino MDT, Alves LC, Yamaguchi ER, Wainberg ML. Sexual stigma, attachment difficulties, and emotional dysregulation among patients with severe mental illness [Internet]. Vol. 42, *Brazilian Journal of Psychiatry. Associacao Brasileira de Psiquiatria*; 2020 [citado 1 de abril de 2021]. p. 106-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32022165/>
27. Roda MP, Robles NDC. Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Deplhi. *Rev Española Enfermería Salud Ment* [Internet]. 12 de diciembre de 2019 [citado 22 de marzo de 2021];0(9). Disponible en: <http://doi.org/10.35761/reesme.2019>.
28. Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Effectiveness of a nursing program of self-care and Mindfulness, in the approach to the common mental disorder in primary care. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2020;52(6):400-9.
29. Lana Elola P. Resultados de la implantación del Programa Cuidado de la Salud Física para pacientes con Trastorno Mental Grave. *Rev Española Enfermería Salud Ment* [Internet]. 17 de marzo de 2017 [citado 24 de febrero de 2021];1(1). Disponible en: <http://doi.org/10.35761/reesme.2017.1.03>
30. Kim EY, Jang MH. The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 1 de octubre de 2019;13(4):257-63.
31. Ruiz Jiménez MT, Saiz Galdós J, Montero Arredondo MT, Navarro Bayón

- D. Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2017;37(132):415-37.
32. Lascorz D, López V, Pinedo C, Trujols J, Vegué J, Pérez V. Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(3):156-68.
 33. Benedí Sanz Luis, Granada López José Manuel RCMÁ. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. 2003;184.
 34. Arroyo S, Vázquez R, Martínez M, Nájera M. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento Silvino. *Rev Mex Enfermería [Internet].* 2020;6(December 2018):97-102. Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/2251>
 35. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Assesment of drug attitudes in patients with schizophrenia: Psychometric properties of the DAI Spanish version. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(3):138-13842.
 36. Birchwood M, Mason R, Macmillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med [Internet].* 1993 [citado 30 de marzo de 2021];23(2):387-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8332655/>
 37. Rofes L, Bueno A, Valero J, Labad A. Estudio retrospectivo de los síntomas prodrómicos en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31(1):35-9.
 38. Jimenez Fernandez ATPA. Buenas prácticas en intervención por personas con enfermedad mental. 2016;25.
 39. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Garcia-Franco M, Vilamala S, Ribas M, Arenas O, et al. Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Compr Psychiatry [Internet].* 1 de octubre de 2015 [citado 26 de abril de 2021];62:93-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26343472/>

ANEXOS

ANEXO 1

Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

(From DSM-IV-TR, p. 34.)

Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations.

Code	(Note: Use intermediate codes when appropriate, e.g., 45, 68, 72.)
100	Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.
91	
90	Absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities. socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g. an occasional argument with family members).
81	
80	If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational or school functioning (e.g., temporarily failing behind in schoolwork).
71	
70	Some mild symptoms (e.g. depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, or theft within the household), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.
61	
60	Moderate symptoms (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).
51	
50	Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).
41	
40	Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).
31	
30	Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment (e.g., sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation)
21	
20	OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).
11	
10	Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).
1	
10	Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene
1	
1	OR serious suicidal act with clear expectation of death.
0	Inadequate information.

ANEXO 2

Tabla 1. Guía para la valoración por patrones funcionales		
Patrón	Qué valora	Posibles alteraciones del patrón
Percepción/manejo de la salud Indaga sobre las acciones que el paciente realiza para mantener su propia salud. Se considera el actuar en torno a la prevención de la enfermedad, complicaciones y finalmente se intenta comprender cual es el concepto de salud para la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la enfermedad - Adherencia al tratamiento - Alergias - Consumo de alcohol, drogas y/o tabaco - Antecedentes de enfermedades - Vacunas - Intervenciones quirúrgicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera sano o enfermo - Desconoce su enfermedad - Tiene un inadecuado cuidado de su salud - Bebe, fuma o consume drogas - No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos y medidas terapéuticas - No está vacunado - Descuida su higiene personal - Ha sufrido accidentes caseros o laborales
Nutrición/metabólico Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, así como las lesiones cutáneas y la capacidad de cicatrización, tomando en cuenta el aspecto de los dientes, la piel, el cabello y las uñas	<ul style="list-style-type: none"> - Numero de comidas diarias - Apetito - Índice de masa corporal - Líquidos ingeridos - Gustos y preferencias - Cambios de peso - Disponibilidad de recursos para la alimentación - Hidratación - Dentición - Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno, disminución o exceso de ingesta alimentos o líquidos - Hipo o hiperglicemia - Ictericia - Edema - Nutrición por sonda - Nutrición parenteral - Índice de masa corporal fuera de rangos - Pérdida o ganancia de peso - Malestar asociado con alimentos - Problemas de cicatrización, resequeidad, lesiones cutáneas - Falta de recursos para la alimentación - Pirosis, regurgitación, halitosis, anorexia - Prótesis - Urticaria - Palidez - Híper o hipotermia - Reacción anafiláctica
Eliminación Describe la situación excretora (intestinal, urinaria, pulmonar, de la piel, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - «Normalidad» en apariencia, consistencia y cantidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - Uso de laxantes - Vómito - Melena - Ostomías - Uso de dispositivos (sondas) - Diarrea - Diaforesis - Expectoración - Hemoptisis - Estreñimiento - Incontinencia fecal o urinaria - Disuria - Poliuria - Retención urinaria - Drenajes - Hematuria
Actividad/ejercicio Actividad, ejercicio, ocio y recreación, incluyendo acciones de la vida diaria, así como el tipo, cantidad y calidad del ejercicio que se realiza	<ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales - Movilidad - Fuerza muscular - Actividades de la vida diaria (higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) - Tipo, cantidad y calidad del ejercicio - Actividades de tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> - Disnea - Cianosis - Tos - Uso de oxígeno - Hipoxia - Hiper o hipotensión arterial - Taqui o bradicardia - Edema - Cansancio excesivo - Hipotonía - Inmovilizaciones - Parálisis - Paresias - Parestesias - Deficiencias motoras - Problemas de equilibrio o coordinación - Sedentarismo - Úlceras

(continuación)

Tabla 1. Guía para la valoración por patrones funcionales (continuación)

Patrón	Qué valora	Posibles alteraciones del patrón
Sueño/descanso Percibe los ciclos de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, los usos y costumbres individuales para conseguirlos	<ul style="list-style-type: none"> - Energía posterior al sueño - Horas de sueño - Descanso - Sueño y descanso durante la noche 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda farmacológica para dormir o descansar durante la noche - Dificultad para conciliar el sueño - Inversión del ciclo circadiano - Somnolencia diurna - Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso - Disminución de la capacidad de funcionamiento - Conducta irritable en relación con la falta de descanso - Insomnio
Cognitivo/perceptual Describe lo sensitivo, cognitivo y perceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Visión, audición, gusto, tacto y olfato en parámetros normales - Habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones) dentro de la «normalidad» 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los sentidos - Dolor - Náuseas - Uso de prótesis - Inconsciente - Desorientado - Deficiencias en cualquiera de los sentidos - Confusión - Dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo - Problemas de memoria, concentración, expresión o comprensión de ideas - Fobias - Miedos
Autopercepción/autoconocimiento Incluye las percepciones y actitudes hacia uno mismo en: habilidades, imagen corporal, identidad, valía	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de uno mismo - Actitudes acerca de uno mismo - Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas - Imagen corporal - Identidad - Sentido general de valía - Postura corporal - Contacto visual, de voz y conversación 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en la percepción de la imagen corporal - Conductas disfuncionales - Trastornos de la imagen corporal. - Impotencia - Postura y contacto visual de timidez - Manifestación verbal de no sentirse querido. - Cambios del estado de ánimo (emotividad, voluntad...) - Deterioro de la valía¹¹
Rol/relaciones Valora el rol social que tiene la persona en la dinámica familiar, social y laboral, así como sus responsabilidades, compromiso y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con trabajo - Estudia - Pertenece a un grupo social - Con quién vive - Estructura familiar - Rol en la familia - Soporte familiar - Amigos 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos familiares disfuncionales - Conflicto del rol que desempeña - No cuenta con soporte familiar, amigos, grupo social, trabajo o escuela - Aislamiento social, comunicación, violencia
Sexualidad/reproducción Satisfacción e insatisfacción con la sexualidad y reproducción	<ul style="list-style-type: none"> - Menarquía - Ciclo menstrual. Menopausia - Métodos anticonceptivos - Embarazos 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la menarquía y lo relacionado con el ciclo menstrual - Embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos - Esterilidad e infertilidad - Problemas relacionados con la reproducción - Problemas o cambios en las relaciones sexuales¹²
Adaptación/tolerancia al estrés Describe la capacidad para resistir las amenazas a la propia integridad y las formas de manejar el estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Efectividad de la forma en la que se ha adaptado a situaciones estresantes - Qué le ayuda cuando está tenso 	<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra tenso, estresado, irritable, enojado, agresivo - Presenta crisis importantes - Consume medicamentos, drogas o alcohol cuando está tenso - Minimiza los síntomas - Intolerancia a la familia
Valores/creencias Creencias y valores que guían las elecciones y decisiones de la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenece a alguna religión - En qué cree - Con qué valores cuenta - Expectativas relacionadas con su salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene conflictos espirituales - No actúa de acuerdo a sus valores - Sus valores o creencias no permiten apegarse a las normas institucionales o de tratamiento y cuidado - Rehúsa el tratamiento y/o cuidados - Se siente desahuciado - Existe conflicto con sus creencias - Tiene problemas para realizar sus prácticas religiosas^{9,13}

ANEXO 3

Escala DAI-10

1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con medicación	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
<i>Nota: las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.</i>		

Se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones de sus 10 ítems. En los ítems 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas 1 punto. En el resto de ítems (2, 5, 6 y 8) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas, 2. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 20. No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

(35)

ANEXO 4

Cuestionario sobre creencias personales (PBIQ)

(Birchwood, Mason, MacMillan & Healy, 1993)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me asusta mi enfermedad.
2. Se me hace difícil enfrentarme con mis actuales síntomas.
3. Soy incapaz de influir o de controlar mi enfermedad.
4. Si tengo una recaída, no puedo hacer nada para evitarlo.
5. Siempre ha debido haber algo mal en mi como persona (que ha causado esta enfermedad).
6. Yo soy esencialmente normal: mi enfermedad es como cualquier otra.
7. Hay algo en mi personalidad que causa mi enfermedad.
8. Hay algo raro en mi que es lo responsable de mi enfermedad.
9. Siempre necesitaré los cuidados de un equipo de profesionales.
10. Soy capaz de muy pocas cosas como consecuencia de mi enfermedad.
11. Mi enfermedad es demasiado frágil o delicada para mí como para trabajar o mantener un trabajo.
12. Estoy avergonzado por mi enfermedad.
13. Mi enfermedad es un juicio sobre mí.
14. Yo puedo hablar a la mayoría de la gente sobre mi enfermedad.
15. La sociedad necesita mantener a la gente, que como yo tiene esta enfermedad, apartada de todos los demás.
16. La gente como yo debe ser controlada por servicios psiquiátricos.

ANEXO 5

SINTOMAS PRODRÓMICOS EN LA ESQUIZOFRENIA	
Síntomas delirantes	<ul style="list-style-type: none">• Ideas delirantes de persecución y perjuicio• Ideas delirantes de referencia• Ideas delirantes
Síntomas desorganizados	<ul style="list-style-type: none">• Alteración de conducta• Sociabilidad disminuida• Conductas extrañas• Agresividad
Síntomas neuróticos	<ul style="list-style-type: none">• Depresión y tristeza• Insomnio• Ansiedad y inquietud interna

(37)

ANEXO 6

Diario de comidas

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Desayuno							
Almuerzo							
Comida							
Merienda							
Cena							
Recena							

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 7

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 8

“ASAPME ofrece una respuesta sanitaria y social a las personas con enfermedad mental, sirve de cauce de sensibilización a la sociedad y recuerda a los poderes públicos su responsabilidad para impulsar una atención global a la salud mental.

Tras una amplia trayectoria con vocación de servicio, ASAPME implementa una política de calidad y eficiencia de sus servicios, profesionalizando la gestión de sus recursos, firmando convenios y conciertos con la Administración Pública y entidades privadas, integrándose en la red de asistencia sanitaria general y potenciando el desarrollo de programas de salud mental.

En la actualidad, ASAPME atiende a más de 1200 personas afectadas por problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de la conducta alimentaria, la esquizofrenia, etc., e impulsa programas innovadores para su inclusión social y laboral.

Además, divulga conocimientos a la población, con el fin de ofrecer una imagen realista de las personas afectadas por problemas de salud mental y promover hábitos saludables que puedan contribuir a su bienestar emocional”.

Fuente: <https://asapme.org/conocenos/>

ANEXO 9

Escala de Autopercepción del Estigma Social

A continuación leerá una serie de afirmaciones relacionadas con las opiniones que usted tiene a cerca de las enfermedades mentales y su propia experiencia. Deberá seleccionar el número que muestre el grado de acuerdo que usted tiene con cada una de estas afirmaciones.

1.- Siento que llevo una etiqueta de enfermo mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

2.- Me siento más inseguro que los demás porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

3.- Desde que estoy enfermo las personas me rehuyen.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

4.- Creo que no sirvo para nada porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

5.- No explico que tengo una enfermedad mental a mis amigos .

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

6.- Creo que puedo tener las mismas responsabilidades que una persona que no esté enferma.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

7.- Siento que las personas más cercanas no me dejan tomar decisiones porque tengo una enfermedad mental.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

8.- Me he apartado de la gente para evitar bromas o algún comentario que me pueda herir.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

9.- Pienso que la gente tiene miedo a que pierda el control.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10.- Creo que por tener una enfermedad mental soy una carga para los otros.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11.- Me siento como un drogadicto porque tomo medicación.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12.- No digo el nombre real de mi enfermedad porque así no me rechazarán.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13.- Pienso que la gente me coge miedo cuando sabe que estoy en tratamiento psiquiátrico.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

14.- Intento distanciarme de las personas porque creo que no me van a comprender.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Gracias por su colaboración